

Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería

Curso Académico 2017 / 2018

TRABAJO FIN DE GRADO

Programa formativo sobre el control del dolor oncológico en la fase
final de la vida para personal de enfermería.

Autor/a: Silvia Aznar Arévalo

Director/a: Marisa de la Rica Escuin.

INDICE

Resumen.....	3-4
Introducción	5-7
Objetivos	8
Metodología	8-11
Desarrollo del programa	12-23
Conclusiones.....	24
Bibliografía	25-28
Anexos.....	29-48

RESUMEN

Introducción: Un paciente paliativo oncológico es aquel que tiene una enfermedad oncológica previsiblemente incurable y sin posibilidades de beneficio terapéutico. Los cuidados paliativos previenen o tratan los síntomas siendo el dolor uno de los más prevalentes y preocupantes para dichos pacientes. Según el tipo de dolor que padezca, se deberá tratar de una forma u otra eligiendo la vía subcutánea como alternativa a la vía oral, en caso de no tener disponible ésta. Uniéndose estos tratamientos farmacológicos con otros como las técnicas de relajación. Tras la revisión bibliográfica se constata que la mayoría de los programas docentes de las Facultades de Enfermería dedican poco tiempo al tratamiento del control del dolor.

Objetivos: Diseñar un programa formativo dirigido a profesionales de enfermería de reciente incorporación, sobre el dolor del paciente oncológico en el final de la vida, para mejorar la atención de este síntoma y garantizar una mejor calidad de vida en la última etapa de su enfermedad.

Metodología: Se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos para conocer la evidencia sobre el tema, con dicha información se ha diseñado un programa formativo basado en cuatro sesiones en las que se explicarán los conceptos básicos para el control del dolor oncológico en fase terminal.

Conclusiones: Se evidencia que hay poco conocimiento respecto al dolor y los fármacos para paliar dicho dolor por parte del personal de enfermería. Además, dado que en la fase preagónica de los pacientes una gran cantidad de ellos pierden la vía oral, se debe conocer la vía subcutánea para la administración de fármacos. Sin olvidar la importancia de la terapia combinada, usando técnicas no farmacológicas y farmacológicas para hacer un cuidado holístico del paciente.

Palabras clave: cuidados paliativos, dolor oncológico, tratamiento, farmacología, enfermería, analgésicos opioides y analgésicos no opioides.

ABSTRACT

Introduction: A palliative oncological patient is someone who has a foreseeably incurable oncological medical condition and a lack of therapeutic benefit. Palliative care prevent and treat symptoms, particularly pain, which is the most prevalent and worrying symptom for these patients. Depending on the kind of pain they suffer, it must be treated choosing between different options, preferring to inject subcutaneously rather than oral pathway in case this option is not available, coupled with another treatments such as relaxation techniques.

After bibliographic revision, is an evidencie that School of Nursing majority educational programmes have a low allocation of time of a pain control treatment.

Objetives: The aim of this project is to design an instructive programme directed to recently incorporated nursing professionals which deals with oncological patients' pain at the end of their life in order to improve pain treatment and, following this further, to ensure a better quality of life at their medical condition end stage.

Methodology: A bibliographic revision in databases has been made in order to acquaint an evidence base. With the information gathered a formative programme has been designed, based on four sessions in which basic ideas for oncological terminal pain control will be explained.

Conclusions: A lack of knowledge regarding pain and medication to palliate pain of nursing staff has been proved. Moreover, given that patients in near-death stage mostly miss their oral pathway, subcutaneous injection should be known for the purpose of medication administration. The significance of combined therapy should not been forgotten, by using pharmacological and non pharmacological methods for a patient's holistic care.

Key Words: "palliative care" AND "oncological pain", "treatment", "pharmacology", "nursery", "opioid analgesics" OR "non-opioids".

INTRODUCCIÓN

Un paciente paliativo oncológico es aquel que tiene una enfermedad oncológica previsiblemente incurable y sin posibilidades de beneficio terapéutico (1). Se calcula que al menos un 20% de las camas ocupadas en las plantas de oncología de un hospital lo están por pacientes paliativos (2,3). Además, cerca del 70% de todos los pacientes con cáncer necesitarán cuidados paliativos, para los cuales, éstos son una necesidad básica esencial (4,5) (Ver anexo 1).

Los cuidados paliativos son una rama de la medicina centrada en ayudar a los pacientes con una enfermedad grave. Estos previenen o tratan los síntomas, previenen los efectos secundarios a los tratamientos y abarcan problemas emocionales, sociales, y espirituales que la enfermedad plantea al paciente y familia. Cuando los pacientes se sienten atendidos y comprendidos en estas áreas tienen una mejor calidad de vida (6, 7). Por lo tanto, los cuidados paliativos proporcionan un control sintomático ante una enfermedad incurable y sin tratamiento activo (7). Además no solo se ocupan del enfermo sino también de su familia, entendiendo a ambos como una unidad indivisible y el objeto de los cuidados (8).

El dolor es uno de los síntomas más prevalentes y preocupantes en pacientes paliativos oncológicos (9). Además de ser uno de los que más preocupan a los pacientes y el principal motivo de demanda de atención sanitaria (10). Diversos estudios descriptivos como por ejemplo el de Puebla Díaz. F (13) y Reinoso. E (16) destacan una prevalencia de dolor en pacientes oncológicos con enfermedad en fase terminal el 60-90%(10). Estas cifras hablan por sí solas de la magnitud del problema.

A pesar de esta cantidad, en muchos casos es un síntoma mal controlado debido, en parte, al déficit de conocimientos por parte de la enfermería de este síntoma en la fase de final de vida del paciente (11).

En esta fase de enfermedad oncológica, el 70% del dolor tiene su origen en la progresión de la propia enfermedad, mientras que el 30% restante se relaciona con los tratamientos y patologías asociadas (12).

El dolor se puede clasificar en dolor mixto, somático, visceral o neuropático (13,14). Siendo el dolor somático el que se produce como consecuencia de la activación de los nociceptores en la piel o en los tejidos profundos, tratándose de un dolor bien localizado. El dolor visceral es consecuencia de la activación de los nociceptores por infiltración y/o compresión de vísceras torácicas, abdominales o pélvicas, este se trata de un dolor mal localizado y difuso; el dolor neuropático es el causado por una lesión primaria o una disfunción en el sistema nervioso central o periférico, con destrucción y afectación nerviosa (13,14).

En los enfermos paliativos, el dolor es un síntoma multicausal y multidimensional; afecta a todas las dimensiones de la persona, lo que hace que se describa como "dolor total". Este término, fue utilizado por primera vez por C. Saunders para explicar el enfoque integral que debe aplicarse para el control del dolor atendiendo en todos sus aspectos: físico, social y espiritual, asociando la analgesia adecuada a otras técnicas o actuaciones no farmacológicas (4, 15, 16,)

Se debe evaluar cuidadosamente y hacer un manejo adecuado de los diferentes analgésicos propuestos para el alivio del dolor oncológico basados en la escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS), método secuencial y relativamente poco costoso, pero eficaz para manejar el dolor en un 90% de los casos de pacientes paliativos con dolor (17).

Existen una serie de normas de uso de la escalera analgésica, en las que se prioriza la cuantificación del dolor. Una vez cuantificado, la subida de escalón depende de la mejoría o no mejoría del paciente en el escalón anterior, sin la necesidad de tener que esperar a la subida al tercer escalón si la analgesia proporcionada por el segundo no es eficaz; pero sin mezclar dichos escalones. Además, se debe prescribir analgesia para el dolor irruptivo e incidental (18) (ver anexo 2 y 3).

Según el tipo de dolor que padezca el paciente, se deberá tratar de una forma u otra, tratando de evitar sus efectos secundarios. Dentro del tratamiento farmacológico del dolor oncológico, hay que hablar de los

coadyuvantes, que contribuyen junto a los analgésicos a un mejor control del dolor (19,20) (Ver anexo 4).

Para elegir la vía de administración de dichos medicamentos se debe tener en cuenta que conforme avanza la enfermedad los pacientes suelen tener desde disfagia moderada hasta una pérdida completa de la vía oral en la fase preagónica y agónica, dificultando mucho la administración de fármacos por esta vía (21,22). La vía subcutánea es la vía alternativa y adecuada en esta etapa de la enfermedad en este tipo de pacientes paliativos (23).

Otros tratamientos no farmacológicos para el alivio del dolor oncológico en pacientes en fase paliativa son las técnicas de relajación y respiración diafragmática, que pueden ayudar a aliviar el estrés, y disminuir el dolor (24,25). El yoga, la música, la autohipnosis y la terapia de la acupuntura. (26).

Considerando que el personal de enfermería es el nexo de unión entre el paciente y el médico, se presupone indispensable el conocimiento de las enfermeras, acerca del dolor oncológico y como se ha mencionado anteriormente de "dolor total" (11, 15,16). Pero según un estudio realizado por Sánchez-Sánchez R.M. (11) y otro realizado por Verona, E (27) se constata que la mayoría de los programas docentes de las Facultades de Enfermería dedican poco tiempo al tratamiento del control del dolor. En ellos, se percibió que los estudiantes del Grado de Enfermería, concluían sus estudios sin saber las normas de la escalera analgésica de la OMS, las vías de administración de los medicamentos que aparecían en esta escalera ni cómo evitar los efectos secundarios tan característicos de los mismos, comenzando su labor profesional con un nivel inferior al debido en este ámbito (27).

Por esto mismo, se considera necesario realizar un programa de formación para personal de nueva incorporación al Hospital Miguel Servet en relación con el manejo del dolor oncológico en fase paliativa.

OBJETIVO

- Objetivo principal: Diseñar un programa formativo dirigido a profesionales de enfermería de reciente incorporación, sobre el dolor del paciente oncológico en el final de la vida.
- Objetivo secundario:
 - Realizar una revisión bibliográfica sobre la evidencia disponible acerca del control del dolor oncológico en pacientes en el final de la vida.
 - Formar a los profesionales para mejorar la atención del dolor de los pacientes paliativos y garantizar una mejor calidad de vida en la última etapa de su enfermedad.

METODOLOGÍA

Para la realización de la revisión bibliográfica que permita actualizar los conocimientos sobre el dolor oncológico en los pacientes paliativos, la búsqueda se llevo a cabo en las siguientes bases de datos: Pubmed, Cuiden, Science Direct y Scielo. Además, se completó la búsqueda en páginas web como la de la Asociación Española Contra el Cáncer, la de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos y la Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en la que se encontró la Guía de Práctica Clínica de Cuidados Paliativos.

Para encontrar la evidencia descrita sobre el tema, se han utilizado términos MeSH, DeCS y palabras clave, los cuales son los consiguientes: "palliative care" AND "oncological pain", "treatment", "pharmacology", "nursery", "opioid analgesics" OR "non-opioids".

La estrategia de búsqueda se realizó con los operadores booleanos "AND" y "OR", combinando los diferentes términos para llegar a la localización de los artículos que más convenían al programa de formación.

Se buscaron artículos en inglés y castellano, de los últimos quince años, con texto completo de acceso libre y se establecieron los siguientes criterios de inclusión:

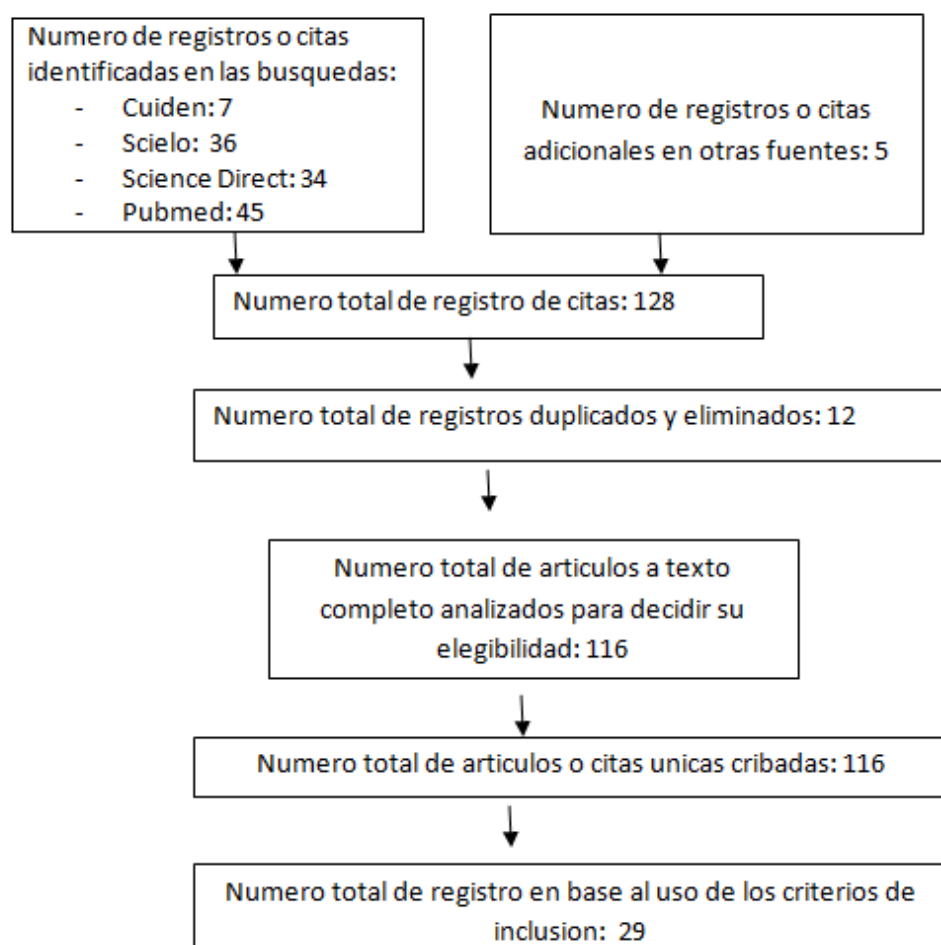
- Escritos por personal sanitario, médicos y enfermeras.

- Artículos que hablen de efectos secundarios de los fármacos y cómo prevenir su aparición.
- Artículos sean de metodología descriptivos.
- Artículos que sean estudios basados en pacientes adultos, oncológicos y en el final de la vida.
- Artículos que se enmarquen en la atención hospitalaria.

Base de datos	Artículos encontrados	Artículos usados en base a los criterios de inclusión
Cuiden	7	7
Science Direct	34	8
Pubmed	45	9
Scielo	36	7
Total artículos	123	29

Páginas Web consultadas	Artículos encontrados	Artículos usados en base a los criterios de inclusión
Asociación Española Contra el Cáncer	1	1
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (Guía de Práctica Clínica de Cuidados Paliativos)	1	1
Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos (AECPAL) (Guía Subcutánea)	1	1
Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)	1	1
Revista científica HYGIA	1	1
Total artículos	5	5

Pirámide Prisma de elaboración propia.



DESARROLLO DEL PROGRAMA FORMATIVO

Diagnóstico

Tras la revisión bibliográfica realizada, se evidencia que hay una falta de conocimientos sobre el tema planteado respecto a la profesión de enfermería, así lo avalan varios estudios, como por ejemplo el de Sánchez-Sánchez R.M. (11) y sobre el de Verona, E (27). Por eso se considera que la formación acerca del control del dolor oncológico, es indispensable para personal de nueva incorporación al Hospital Universitario Miguel Servet, para intentar que dicha falta de conocimientos cada vez sea menor. Y que esto contribuya a mejorar la calidad de vida y asistencia del paciente en el final de la vida.

Planificación del programa

Objetivos

- Aprender a valorar adecuadamente el dolor oncológico en pacientes paliativos.
- Aprender la medicación habitual para el control del dolor oncológico en pacientes paliativos, cómo usarla, los efectos secundarios de ésta y cómo prevenir dichos efectos.
- Aprender el uso de la vía subcutánea para la administración de la medicación analgésica para pacientes oncológicos en la fase final de la vida dónde la pérdida de la vía oral es muy común.
- Conocer otros métodos no farmacológicos para tratar el dolor.

Destinatarios: enfermeras de nueva incorporación al ámbito hospitalario.

Recursos:

Recursos materiales

Para la promoción del programa, se diseñará un póster informativo en el que quedarán reflejados los objetivos de cada sesión, la duración de las mismas y la fecha en la que se realizarán (Anexo 5).

Los materiales necesarios para la realización del curso, serán los materiales didácticos que se repartirán en cada sesión según el tema a tratar y recursos audiovisuales (presentaciones en PowerPoint). Además de materiales fungibles para la charla-taller de vías de administración. Dicho material será cedido por el Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD).

Recursos humanos

Se contará con tres profesionales de la salud. Un Médico y un enfermero con formación avanzada en cuidados paliativos; que se centrarán en la explicación de las sesiones correspondientes al control del dolor oncológico en fase terminal de manera farmacológica. También se contará con un psicólogo encargado de la sesión de métodos no farmacológicos para el control del dolor.

Espacios

Las charlas y presentaciones se llevaran a cabo en salas acondicionadas para la realización de los talleres grupales en el aula de docencia del HUMS.

MATERIAL	COSTE
PowerPoint	0€
Pack de 500 folios	5€
Bolígrafos, lápices, pizarra y tiza	0€(disponibles en HUMS)
Proyector y ordenador	0€ (disponen en HUMS)
Carteles anunciadores (15 tamaño DIN- A3)	15€
Impresión Folletos a color (50)	50€
Profesionales necesarios <ul style="list-style-type: none"> • Un enfermero/sesión <ul style="list-style-type: none"> ○ Enfermero con formación avanzada en cuidados paliativos. • Psicólogo con formación avanzada en cuidados paliativos. • Médico con formación experta en cuidados paliativos. 	450€
TOTAL	520€

MATERIAL ADICIONAL PARA CHARLA TALLER	Coste total
Equipo Subcutáneo(100)	0€(Se usaran materiales caducados del HUMS)
Infusores subcutáneos (50)	0€ (Se usarán materiales caducados del HUMS).
Viales de medicación	0€ (Se usará viales donados)
Maniquí para practicar la administración	0€ (Se usará el de la facultad de enfermería)
Total	0€

Estrategias de captación.

La responsable del curso, contactará con la supervisora de la planta de oncología médica, dando a conocer el programa de formación y animando a que los empleados de nueva incorporación al HUMS, puedan incorporarse al mismo. Además, se le proporcionará un poster informativo para colgarlo en la planta, con los horarios de las sesiones, el tema de las mismas y la forma de contacto (Anexo 5).

Los usuarios que deseen participar en el programa de formación, deberán ponerse en contacto con la responsable del programa y se les informará del método de inscripción.

Actividades

Sesión	Duración y fecha	Título	Objetivo	Metodología
1	Día 4 de Abril de 2017 de 12:30 a 14 h en el aula de docencia del HUMS	"Dolor, qué es y cómo valorarlo"	Aprender a valorar adecuadamente el dolor oncológico en pacientes paliativos	Simposio con apoyo de presentación PowerPoint
2	Día 11 de Abril de 2017 de 12:30 a 14 h en el aula de docencia del HUMS	"¿Sólo la morfina controla el dolor?"	Aprender la medicación habitual para el control del dolor oncológico en pacientes paliativos, cómo usarla, los efectos secundarios de esta y cómo prevenirlos.	Simposio con apoyo de presentación PowerPoint
3	Día 18 de Abril de 2017 de 12:30 a 14 h en el aula de docencia del HUMS	"Qué hacer cuando la vía oral no está disponible"	Aprender el uso de las vías de administración de la medicación	Clase Taller
4	Día 25 de Abril de 2017 de 12:30 a 14 h en el aula de docencia del HUMS	"El control del dolor fuera de los fármacos"	Conocer otros métodos no farmacológicos, para combatir el dolor	Seminario y Juego de Roles

Sesión 1

Título sesión	Dolor, qué es y como valorarlo
Objetivos	Aprender a valorar adecuadamente el dolor oncológico en pacientes paliativos.
Técnica didáctica	<p>Simposio con apoyo de presentación de PowerPoint</p> <p>1º Actividad: Evaluación inicial. Se evaluará los conocimientos de los participantes al inicio del curso con un breve cuestionario (Ver anexo 6).</p> <p>2º Actividad: Se explicarán los principios generales del control de síntomas del enfermo paliativo, se prestará especial interés al síntoma principal: el dolor.</p> <p>La evaluación de los síntomas se tiene que realizar de una forma global teniendo en cuenta sus repercusiones en la persona y en su entorno familiar. El uso de escalas validadas como la escala de evaluación visual analógica del dolor (EVA) puede ser una estrategia útil para estandarizar la evaluación de síntomas y monitorizar la respuesta de una forma objetiva (Ver anexo 7). En los principios del control de los síntomas se incluye el tratamiento individualizado.</p> <p>3º Actividad: Mediante una serie de diapositivas de PowerPoint y un apoyo teórico en papel, se realizará la exposición de los conceptos que se citan a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none">- Dolor.- Dolor oncológico, se hará hincapié en el dolor irruptivo, el cual es de intensidad alta, de aparición espontánea y de duración corta.- Diferencia entre dolor irruptivo e incidental. Se comentará que el dolor incidental viene precedido de un acto y el irruptivo aparece de forma espontánea.- Tipos de dolor. Se expondrá el concepto de dolor somático, visceral y neuropático.- Principios generales para el control del dolor (Ver anexo 8).- Escalera analgesia OMS (Ver anexo 2 y 3).- Algoritmo de tratamiento del dolor en cuidados paliativos (Ver anexo 9). <p>4º Actividad: Aprender a distinguir dolor en pacientes paliativos.</p> <p>Se enseñará a los participantes del programa a identificar, valorar y monitorizar el dolor de los pacientes, ya que el reto para los profesionales consiste en tratar los síntomas de forma efectiva, manteniendo el máximo confort del paciente y minimizando los efectos adversos. Esto se realizará mediante el uso de un algoritmo para identificar el tipo de dolor del</p>

	<p>paciente (anexo 10).</p> <p>Se comentará que en pacientes en estado comatoso o de sedación, el aumento de la tensión arterial, las fasciculaciones, la midriasis y/o la sudoración excesiva son muestras de dolor.</p> <p>Al concluir las actividades previstas, se reservará unos minutos para dudas y preguntas acerca de la sesión.</p>
Personal necesario	Una enfermera y un médico con formación avanzada en cuidados paliativos
Duración	90 minutos

Sesión 2

Título sesión “¿Sólo la morfina controla el dolor?”	
Objetivos	Aprender la medicación habitual para el control del dolor oncológico en pacientes paliativos, los efectos secundarios de esta y cómo prevenirlos.
Técnica didáctica	<p>Simposio con apoyo de presentación en PowerPoint.</p> <p>1º Actividad: Se explicarán los fármacos usados habitualmente siguiendo la escalera de la OMS en el trascurso del tratamiento del dolor oncológico en fase paliativa y la vía de administración de los mismos. El PowerPoint se acompañará de unos folletos en los que se expondrán esquemáticamente (anexo 2, 3 y 11).</p> <p>Se describirán las normas de la escalera de analgesia de la OMS (anexo 12).</p> <p>2º Actividad: Se informará de los efectos secundarios de estos fármacos y las acciones enfermeras para prevenirlos y/o aliviarlos (anexo 13 y 14).</p> <p>3º Actividad: Se explicará el uso de los coadyuvantes para mejora de la analgesia (anexo 4 y 15). Se comentará que no son un tipo de analgésico, si no medicamentos con los que un analgésico aumenta su efecto.</p> <p>Al concluir las actividades previstas, se reservará unos minutos para dudas y preguntas acerca de la sesión.</p>
Personal necesario	Enfermera de formación avanzada en cuidados paliativos.
Duración	90 minutos

Sesión 3

Titulo sesión Qué hacer cuando la vía oral, no está disponible	
Objetivos	Aprender el uso de las vía SC para la administración de la medicación analgésica para pacientes oncológicos en fase paliativa.
Técnica didáctica	<p>Clase taller</p> <p>1º Actividad: Se ilustrará que se debe tener en cuenta que entre un 53% y un 70% de los pacientes oncológicos en fase paliativa tienen disfagia por lo que la vía oral, no es la adecuada. A continuación se explicará la importancia de la vía subcutánea (SC). Se repartirá una serie de panfletos en los que aparecerán las indicaciones, contraindicaciones, ventajas y desventajas de tal vía (Anexo 16).</p> <p>Se comentará que la vía SC se emplea en medicina paliativa tanto para la administración de analgésicos como para la hidratación de los pacientes. Además, el uso de infusores permite la mezcla de fármacos y su administración simultánea y continua. La elección de esta vía se debe a que es de fácil acceso, se tolera bien y no requiere hospitalización.</p> <p>Se repartirán folletos informativos acerca del lugar de punción (Anexo 17), las modalidades de administración de fármacos en vía SC (Anexo 18) y la técnica de punción (anexo 19).</p> <p>2º Actividad:</p> <p>Mediante un taller en el que los participantes puedan realizar una simulación de la inserción de infusores subcutáneos a una maqueta, se conseguirá la adaptación de este recurso, a cualquier situación.</p> <p>3º Actividad: Manejo correcto de los infusores subcutáneos.</p> <p>Se procederá a la diferenciación de los tipos de infusores que existen (elastomérico o monouso y mecánico o de resorte) (anexo 20) y la explicación del uso del tipo elastomérico, debido a que es el más usado (anexo 21). Además se expondrán los fármacos de uso más común en esta vía (anexo 22).</p> <p>Al concluir las actividades previstas, se reservará unos minutos para dudas y preguntas acerca de la sesión.</p>
Personal necesario	Enfermero con formación avanzada en cuidados paliativos
Duración	90 minutos

Para la realización de esta sesión, se ha utilizado “Guía clínica. Uso y recomendaciones de la vía subcutánea en cuidados paliativos” citándose la misma en la bibliografía 22.

Sesión 4

Título sesión El control del dolor, fuera de los fármacos	
Objetivos	Conocer otros métodos no farmacológicos, para combatir el dolor
Técnica didáctica	<p>Seminario y Juego de Roles</p> <p>1º Actividad: Introducción a los conceptos teóricos de las técnicas de relajación y control del dolor no farmacológicamente.</p> <p>Se realizará una explicación de los beneficios del Mindfulness y además se explicará cómo realizarlos junto a pacientes paliativos para rebajar el estrés debido al miedo a la muerte, al que se enfrentan los pacientes en el momento preagónico (anexo 23).</p> <p>Se explicará la respiración diafragmática, con el objeto de paliar el dolor en los momentos en los que los rescates de fármacos analgésicos no lleguen a controlar dicho dolor. La enfermera se centrará en explicarles estas técnicas en los instantes en los que el paciente esté más tranquilo y acompañado por familiares.</p> <p>Respiración diafragmática: tumbarse sobre el suelo de cubito supino con las rodillas flexionadas. Tomar el aire lenta y profundamente por la nariz y llevarlo hasta el abdomen. Expulsar el aire lentamente por la boca. Realizar esta técnica durante 5-10 minutos una o dos veces al día (24) (anexo 24).</p> <p>2º Actividad: Role playing. Se pondrán en práctica algunas técnicas de relajación para controlar la ansiedad, como las anteriormente citadas. Se dispondrá de un periodo de tiempo en el cual, los participantes practiquen la relajación guiada por el coordinador de la actividad.</p> <p>3º Actividad: Evaluación final de los conocimientos adquiridos durante el curso (anexo 6) y evaluación de satisfacción del mismo (Anexo 25).</p> <p>Al concluir las actividades previstas, se reservará unos minutos para dudas y preguntas acerca de la sesión y el curso en general.</p>
Personal necesario	Un psicólogo con formación avanzada en cuidados paliativos.
Duración	90 minutos

Cronograma

	Febrero				Marzo				Abril				Mayo			
Búsqueda bibliográfica																
Diseño programa																
Planificación sesiones																
Preparación sesiones																
Ejecución sesiones																
Evaluación programa																

Ejecución

En el momento de la confirmación de asistencia de los profesionales inscritos al programa formativo, se les entregará una encuesta previa de conocimientos, la cual se resolverá a medida que se avance con la materia impartida.

Las actividades se realizarán a lo largo del mes de Abril, con una sesión por semana de duración variable según la materia a impartir en cada una de ellas.

La evaluación de los resultados tendrá lugar al final de la última sesión.

Evaluación

Se evaluará, el nivel de conocimientos adquiridos por parte de los asistentes al programa de formación, así como su nivel de satisfacción con dicho programa, repartiendo una encuesta de conocimientos previos en la primera sesión, y la misma en la última, así compararemos lo que sabían antes con lo que saben ahora.

Se usará el portal de Salud para que los participantes reflejen su satisfacción acerca del curso, realizando a su vez, un cuestionario breve en el cual deberán puntuar del 1 al 10, una serie de enunciados que se basan en los recursos materiales, personales y nivel de información obtenida por su parte (ANEXO 25).

CONCLUSIONES

1. Según mi propia visión durante el Grado en Enfermería, me he dado cuenta de que hay poco conocimiento respecto al dolor y los fármacos para paliar dicho dolor por parte del personal de enfermería. En numerosas ocasiones, se ven pacientes que sufren, pautas médicas que no se ajustan al tipo de dolor y enfermeras que dudan a la hora de la administración de las mismas por una falta de seguridad debida al miedo las consecuencias posteriores que pueda presentar el paciente.
2. Dado que en la fase preagónica de los pacientes una gran cantidad de ellos pierden la vía oral, se debe conocer otras vías farmacológicas que se pueden usar. La vía subcutánea es la más recomendada y la que según mi experiencia y la bibliografía leída menos se aprovecha, ya que lo más común es la perfusión continua de fármacos por vía IV que obligan al paciente a permanecer en el hospital pudiendo marcharse a casa con un infusor subcutáneo que serviría de igual modo para paliar su dolor.
3. La importancia de la terapia combinada, usando técnicas no farmacológicas y farmacológicas para hacer un cuidado holístico del paciente, no solo centrándonos en el dolor físico si no también en los sentimientos de estrés y angustia propios del momento trascendente del final de la vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. González Barón,M. Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer. Ed. Médica Panamericana, 2007.
2. Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Teppo L. Cancer incidence in five continents, vol VIII. Nº 155 Lyon:IARC Scientific publications;2002.
3. Mariño R, Cervera S, Moreno L, Sánchez O. Motivos de consulta al servicio de urgencias de los pacientes adultos con enfermedades hemato-oncológicas en un hospital de cuarto nivel de atención.. [Internet]. 2015 Oct ; 19(4): 204-209. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0123-90152015000400003&lng=en.
[Http://dx.doi.org/10.1016/j.rccan.2015.05.002](http://dx.doi.org/10.1016/j.rccan.2015.05.002).
4. Velasco V. Cáncer: cuidado continuo y manejo paliativo. Revista Médica Clínica Las Condes[Internet]. 2013(Citado 2018 Abril 15); Volume 24, Issue 4 ,Pages 668-676. Disponible en: (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864013702062>)
5. Contreras Contreras S, Sanhueza Alvarado O. Los pacientes del programa alivio del dolor y cuidados paliativos: razones y significados para enfermeras/os. Cienc. Enferm. [Internet]. 2016 Abr ; 22(1): 47-63. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0717-95532016000100005&lng=es.
6. Walker BR, Colledge NR, Ralston SH, Penman ID, eds. Davidson's Principles and Practice of Medicine. Palliative care and pain. 22nd ed Philadelphia, Elsevier; 2014:chap 12.
7. Rakel RE, Rakel DP, eds. Textbook of Family Medicine. Care of the dying patient. 9th ed. Philadelphia, Elsevier ;2016:chap 5.
8. American Cancer Society.[internet] : Stacy Simon [October 16, 2014; citado el Marzo, 15,2018]. Guia de cuidado y de apoyo. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/atencion-paliativa/guia-de-cuidado-de-apoyo.html>
9. Boaventura AP, Vedovato Cleuza A, dos Santos FF. Perfil los pacientes oncológicos atendidos em uma unidade de emergencia. Cienc. Enferm. [Internet]. 2015 Ago [citado 2018 Abr 23] ; 21(2): 51-62. Disponible en:

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0717-95532015000200006&lng=es. [Http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532015000200006](http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532015000200006).

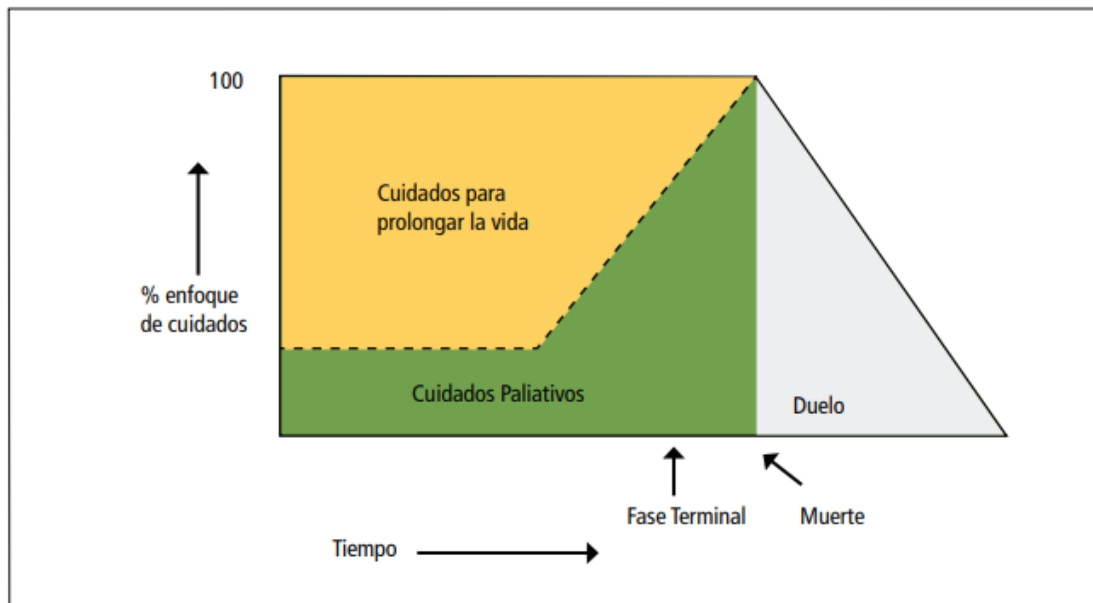
10. Rau KM, Chen JS, Wu HB, Lin SF, Lai MK, Chow JM. The impact of pain control on physical and psychiatric functions of cancer patients. Jpn J Clin Oncol[Internet]. 2015 (Citado 2018 Abril 19); 45(11):1042-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26292698>
11. Sánchez-Sánchez R. M., Pernía J. V., Calatrava J.. Tratamiento del dolor en los estudios de enfermería. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2005 Mar [citado 2018 Abr 16] ; 12(2): 81-85. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1134-80462005000200003&lng=es
12. Posternak V, Dunn LB, Dhruva A, Paul SM, Luce J, Mastick J. Differences in demographic, clinical, and symptom characteristics and quality of life outcomes among oncology patients with different types of pain. Pain[Internet]. 2016 (Citado 2018 Abril 18);157(4):892-900. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26683234>
13. Fuebla Díaz.F Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Dolor iatrogénico. Oncología[Internet]. 2005(Citado 2018 Abril 22); 28 (3):139-143.
14. Cabezón-Gutiérrez L, Custodio-Cabello S, Khosravi-Shahi P. Prevalence and aetiopathogenesis of neuropathic pain in elderly cancer patients. Rev Esp Geriatr Gerontol[internet]. 2016 (Citado 2018 Abril 22) ;51(3):159-63.
15. Khosravi SP, Del Castillo R, Pérez MG. Manejo del dolor oncológico. An Med Interna (Madrid) 2007(Citado 2018 Abril 26);24:554-7.
16. Reynoso, E. Alazraki, O. González-Maraña, MC. Alvarado, S. Pulido, MA. Psicooncología. UCM [Internet]. 2008 (Citado 2018 Abril 28); Tomo 5, N.º 1, 39-52.
17. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2006/08

18. Araujo A.M., Gómez M., Pascual J., Castañeda M., Pezonaga L., Borque J.L.. Tratamiento del dolor en el paciente oncológico. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2004 [citado 2018 Mar 08] ; 27(Suppl 3): 63-75. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1137-66272004000600007&lng=es.
19. Torre-Mollinedo F, Azkue J.J, Callejo-Orcasitas A, Gomez-Vega C , La-Torre S, Arizaga-Maguregui A, Ortiz-Pereda V, Mozas-Calabaza M, Isla-Baranda A. Analgesicos coadyuvantes en el tratamiento del dolor. Gaceta Médica de Bilbao[Internet]. 2007(Citado 2018 Mar 10); Volume 104, Issue 4, Pages 156-164. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304485807745961>
20. Pérez Guirola Y. ¿Son útiles los opioides y adyuvantes en el dolor agudo?. Rev cuba anestesiol reanim [Internet]. 2012 Abr [citado 2018 Abr 16] ; 11(1): 48-56. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1726-67182012000100007&lng=es.
21. Gallardo Avilés R, Gamboa Antiñolo F. Uso de la vía subcutánea en cuidados paliativos [internet]. Monografías SECPAL. 2013. Disponible en: http://www.secpal.com/%5cdocumentos%5cbloq%5Cmonografia_secpal.04.pdf
22. Ruiz Marquez MP y col. Usos y recomendaciones de la vía subcutánea en cuidados paliativos [internet]. Observatorio regional de cuidados paliativos de extramadura. Junta de Extremadura. Servicio Extremeño de Salud. Funde Salud. 2008. Disponible en: <http://www.saludextremadura.com/documents/19231/562422/Gu%C3%ada+CI%C3%adnica+V%C3%ada+Subcut%C3%a1nea+revisi%C3%b3n+3agosto+2011.pdf>
23. Tejada Dominguez F, Ruiz Dominguez M. Bomba subcutánea de infusión continua. Una alternativa en el control de síntomas [Internet]. Revista científica Hygia de Enfermería (pag 77). 2011. Disponible en: <http://www.colegiodeenfermeriasevilla.es/publicaciones/hygia/hygia77.pdf>

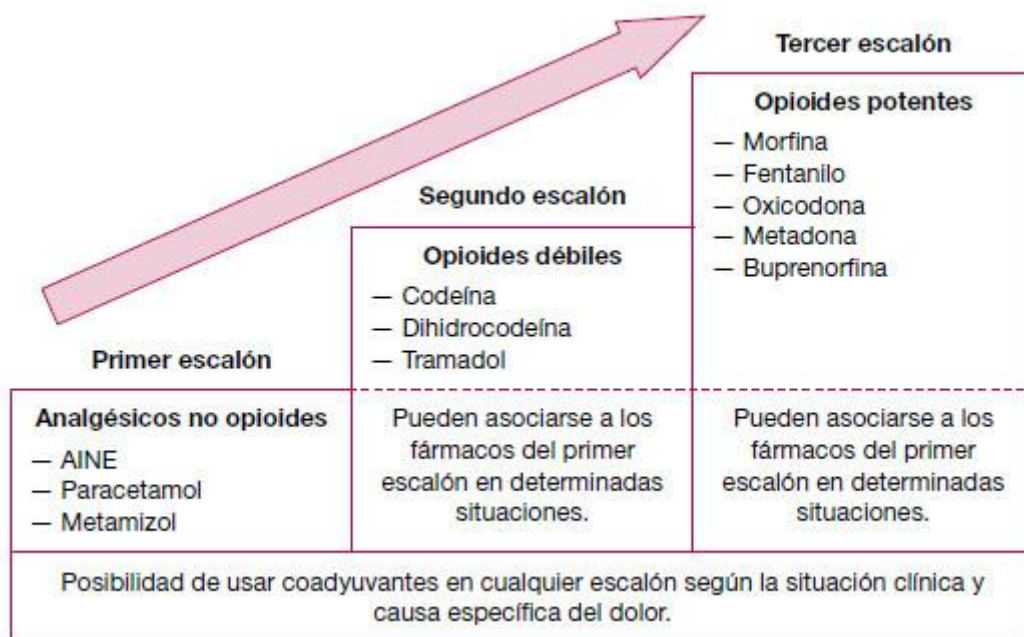
24. Gómez Borrego AB, Zafra Jiménez R, Salas Robles P. Programa de Manejo de Ansiedad y Relajación. Biblioteca Lascasas, 2009[Consultado el 02 de Mayo]; 5(1). Disponible en <<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0407.php>> del 2018
25. Triage: Enfermería Ciudad Real [Internet]. Ciudad Real [Actualizado 10 Junio 2010; citado 7 Abril 2018]. Disponible en: <https://www.enfermeriadeciudadreal.com/terapias-alternativas-en-el-manejo-del-dolor-73.htm>
26. Rull M. Abordaje multidisciplinar del dolor. SED 2004; 3:119-121
27. Verón, E. Reyes, JL. Interdisciplina y domicilio. MEDPAL; año 3, no. 4 p. 27-28: 2011.
28. Sánchez Domínguez F. Protocolo terapéutico farmacológico del dolor en el paciente oncológico. Medicine 2005[Consultado el 28 de Abril de 2018];9 (26):1726-1731. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211344905735414>
29. Brantley, J. Calmar la ansiedad. Descubre cómo el mindfulness y la compasión pueden liberarte del miedo y la angustia. Ed. Oniro. (2010)

ANEXOS

Anexo 1(4):



Anexo 2(17):



Anexo 3(13)

TABLA II			
Escala analgésica de la O.M.S.			
Escalón I	Escalón II	Escalón III	Escalón IV
Analgésicos no opioides ± Coanalgésicos	Opioides débiles ± Coanalgésicos ± Escalón I	Opioides potentes ± Coanalgésicos ± Escalón I	Métodos Invasivos ± Coanalgésicos
----- Paracetamol AINE Metamizol	----- - Codeína Tramadol	----- -- Morfina Oxicodona Fentanilo Metadona Buprenorfina	

Anexo 4: Fuente: Elaboración propia

Dolor compresivo	Corticoides
Dolor neuropático	Pregabalina / Gabapentina
Dolor neuropático paroxístico	Carbamazepina
Dolor neuropático refractario	Topiramato / anestésico local
Dolor crónico asociado a ansiedad	Benzodiacepinas
Dolor óseo	Bifosfonatos
Espasmos musculares	Diazepam



**PROGRAMA FORMATIVO
SOBRE EL CONTROL DEL DOLOR
ONCOLOGICO
EN FASE FINAL DE LA VIDA**

**Aula
docencia de
HUMS**

1º Sesión	4 de Abril 12.30-14	"Dolor, que es y cómo valorarlo"
2º Sesión	11 de Abril 12.30-14h	"¿Sólo la morfina controla el dolor?"
3º Sesión	18 de Abril 12.30-14h	"Qué hacer cuando la vía oral no está disponible"
4º Sesión	25 de Abril 12.30-14h	"El control del dolor fuera de los fármacos"

**Contacta con
Silvia Aznar,
coordinadora
del programa**

→

silviaaaznar@hotmail.com

**ENCUESTA EVALUACIÓN
2018/2019**

Apellidos, Nombre

Marque con un aspa(x) la casilla que crea afirmativa, en los siguientes enunciados.

1. Un paciente paliativo, es aquel que tiene una enfermedad incurable, pero previsiblemente tiene posibilidades de beneficio terapéutico curativo.

VERDADERO	
FALSO	

2. Los pacientes paliativos que se encuentran sedados, no perciben ningún tipo de dolor.

VERDADERO	
FALSO	

3. El dolor oncológico en pacientes paliativos es multicausal y tiene un origen mixto, somático, visceral o neuropático.

VERDADERO	
FALSO	

4. El dolor nociceptivo está normalmente bien localizado.

VERDADERO	
FALSO	

5. Los fármacos analgésicos no opioides nunca deben mezclarse con los analgésicos opioides fuertes.

VERDADERO	
FALSO	

6. La morfina es un analgésico que no debe estar acompañado nunca de un coadyuvante.

VERDADERO	
FALSO	

7. Uno de los efectos secundarios más frecuente en los opiáceos es el estreñimiento.

VERDADERO	
FALSO	

8. La mejor vía de administración de analgesia es la vía sublingual.

VERDADERO	
FALSO	

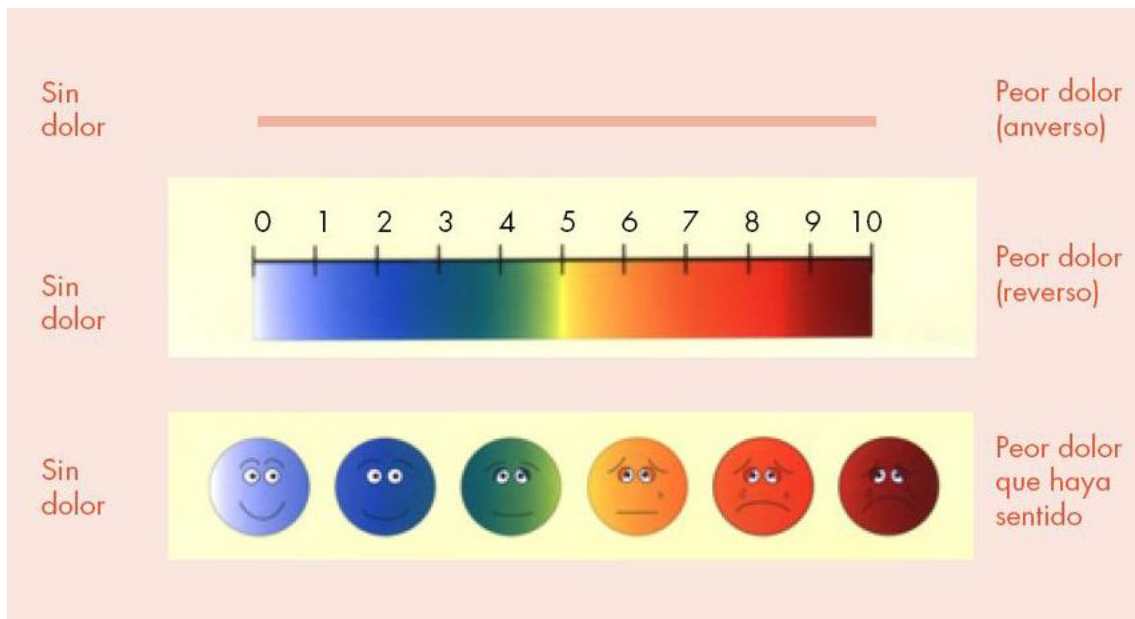
9. Las técnicas de relajación para combatir el dolor están en desuso.

VERDADERO	
FALSO	

10. La autohipnosis tiene más problemas asociados que beneficios a corto plazo.

VERDADERO	
FALSO	

Anexo 7(25):

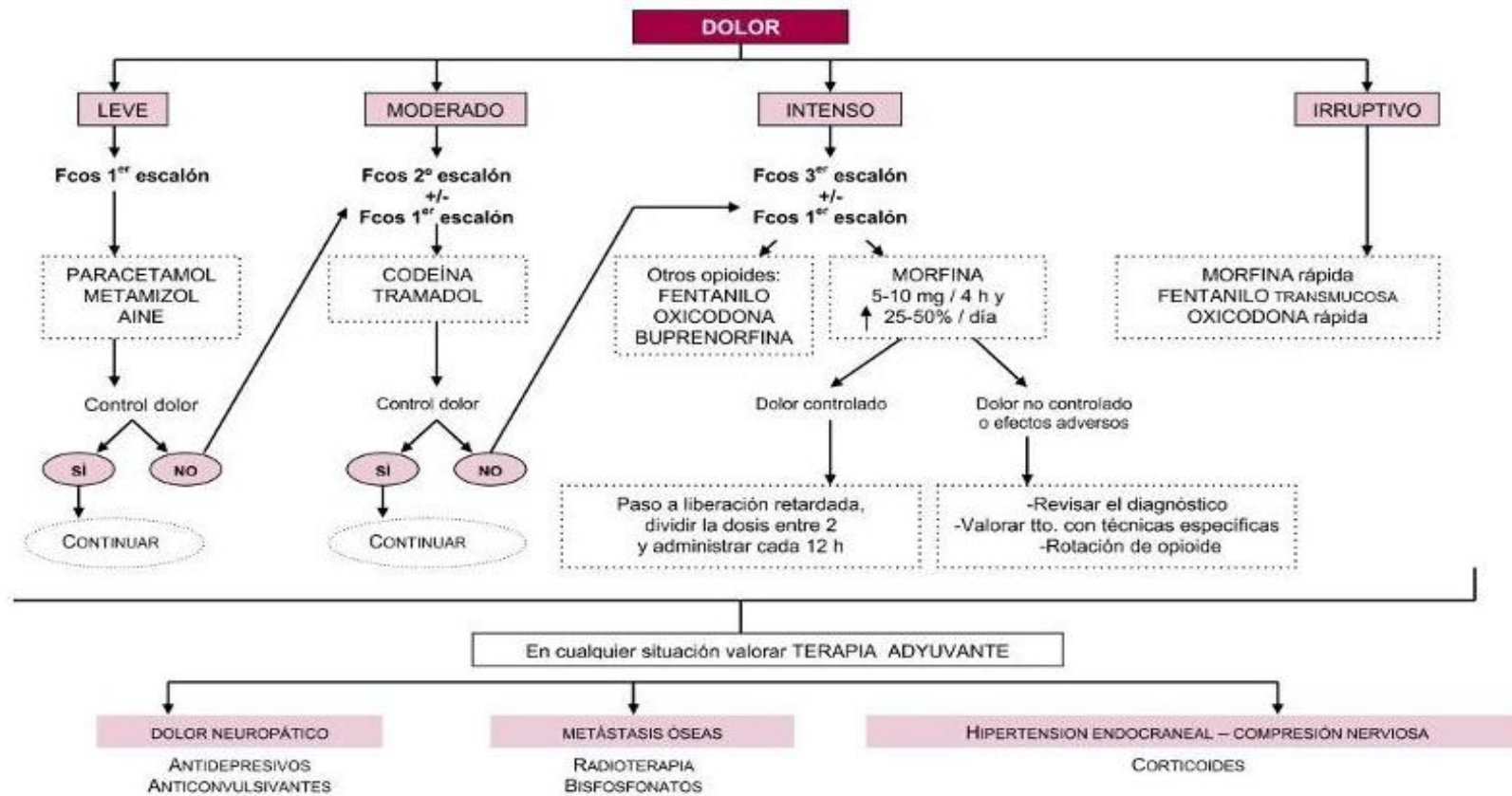


Anexo 8: (17)

Principios generales para el tratamiento del dolor

1. Evaluar detalladamente el dolor: su intensidad, causas, cronología y repercusiones en el paciente y su familia.
2. Reevaluar continuamente la respuesta analgésica, así como la aparición de efectos secundarios de la medicación.
3. Abordaje integral de la persona con dolor y su entorno mediante técnicas psicosociales y tratamientos analgésicos adecuados.
4. Comenzar por el escalón analgésico más adecuado según el tipo e intensidad de dolor (posibilidad de asociar tratamientos adyuvantes).
5. Tratar adecuadamente el dolor irruptivo.
6. No usar de forma conjunta opioides potentes y débiles.
7. Adelantarse a posibles efectos secundarios de los fármacos con medidas preventivas.
8. Instruir al paciente y a su familia sobre las pautas a seguir en caso de dolor irruptivo, respuesta analgésica insuficiente o aparición de efectos secundarios.
9. Impartir instrucciones claras sobre la forma de contacto con el equipo profesional que atiende al paciente en caso de dudas o problemas con el tratamiento.
10. Priorizar la vía oral para la administración de analgésicos.
11. Disponer la administración pautada de analgésicos.

Figura 7. Algoritmo de tratamiento del dolor en CP



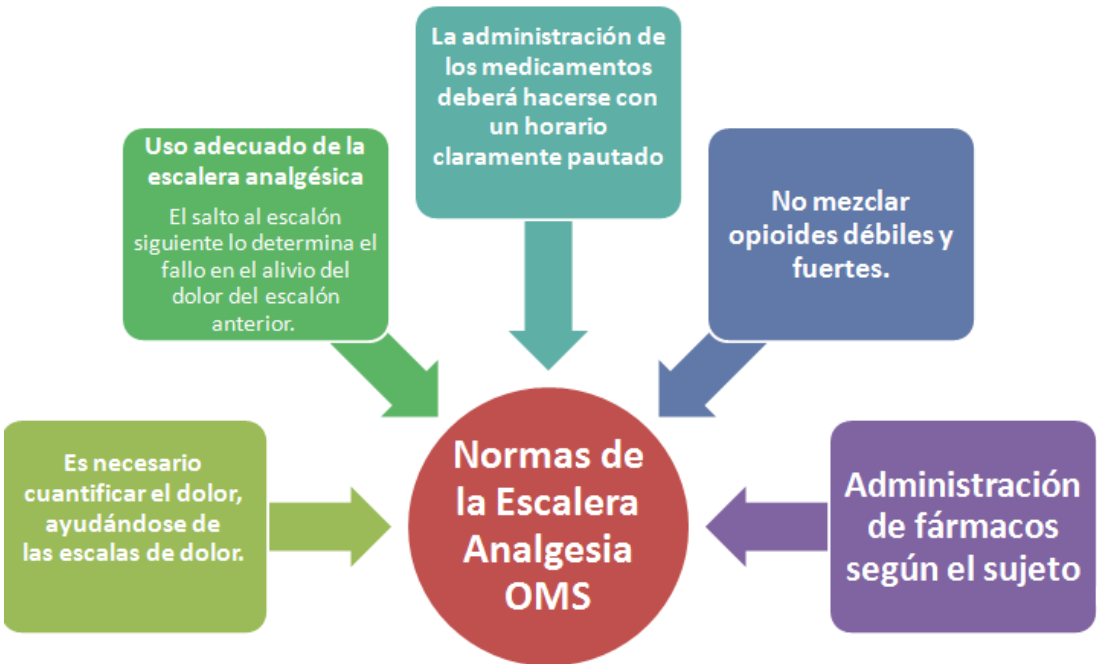
Anexo 10(28)



Anexo 11: Fuente: Elaboración propia

1º Escalón OMS	ASPIRINA	Oral
	PARACETAMOL	Oral / IV
	AINES	Oral/IM/IV/SC
	METAMIZOL	Oral/IM/IV/SC
2º Escalón OMS	CODEINA	Oral/ SC
	DIHIDROCODEINA	Oral/SC/IM/Rectal
	TRAMADOL	Oral/IV/IM
3º Escalón OMS	MORFINA	Respiratoria/ SC/Oral/IM/IV/Intrarraquídea
	FENTANILO	Inhalatoria/IV/Rectal/ IM/ Transdérmica/Oral/ Transmucosa
	OXICODONA	Oral/ IM/IV/Intranasal/SC/Transdermica/Rectal/Epidural
	METADONA	Oral/ IV
	BUPRENORFINA	IM/IV/Sublingual/SC

Anexo 12: Fuente: Elaboración propia



Anexo 13: (17)

	Síntomas	% Incidencia
Gastrointestinales	Náuseas, vómitos, estreñimiento	15-30 40-70
Sistema nervioso autónomo	Xerostomía, retención urinaria, hipotensión postural	Sin datos
Sistema nervioso central	Sedación, deterioro cognitivo mioclonias, alucinaciones, delirium, hiperalgesia, convulsiones	20-60 Sin datos
Cutáneos	Prurito, hipersudoración	2-10 Sin datos

Anexo 14: Fuente: Elaboración propia



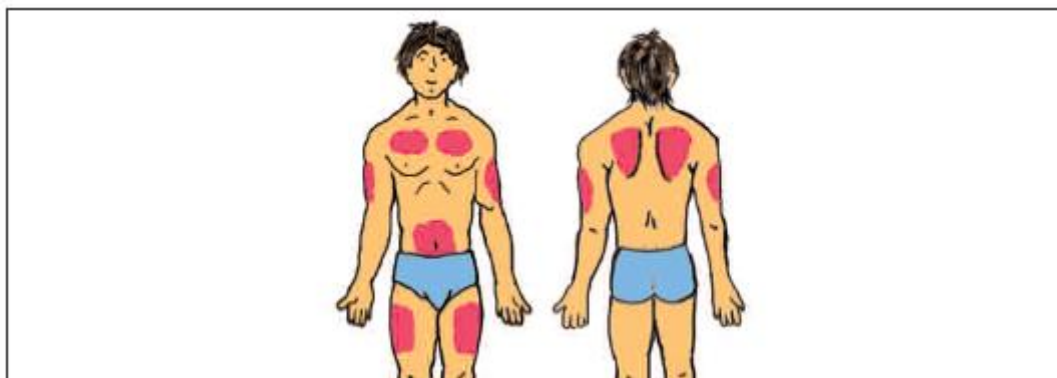
Anexo 15: Fuente: Elaboración propia

Tipo	Fármaco	Indicación	Características
Antidepresivos	<ul style="list-style-type: none"> – Amitriptilina – Clomipramina – Imipramina – Venlafaxina – Duloxetina 	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor neuropático • Depresión • Insomnio moderado 	Efecto anticolinérgico y sedación
Neurolépticos	<ul style="list-style-type: none"> – Clorpromacina – Levomepromacina 	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor asociado a delirio o agitación 	Antieméticos y sedantes
Anticonvulsionantes	<ul style="list-style-type: none"> – Carbamacepina – Clonazepam – Fenitoina – Gabapentina – Pregabalina 	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor neuropático • Mioclonías 	Citopenias (carbamacepina)

Anexo 16: Fuente: Elaboración propia

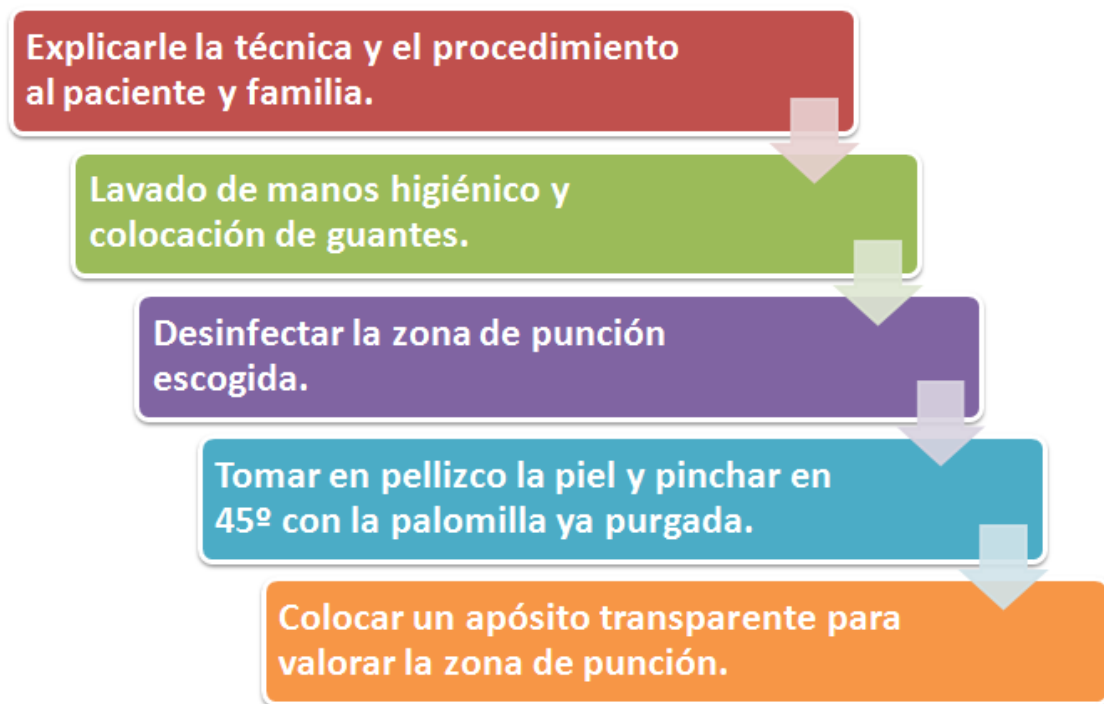
Indicaciones vía SC	Hidratación Debilidad Plurimedicación Agonía Sedación
Contraindicaciones vía SC	Pacientes con trastornos coagulación Grandes edemas Hipoperfusión periférica o shock Descartar zonas de radioterapia o cicatrices
Ventajas vía SC	Simple y eficaz Sin complicaciones No es agresiva Autonomía del paciente Participación de la familia Administración de diferentes fármacos Evita pinchazos frecuentes
Desventajas vía SC	Reacciones cutáneas Salidas accidentales del infusor Reacciones adversas al material Reacciones al fármaco.

Anexo 17: (22)

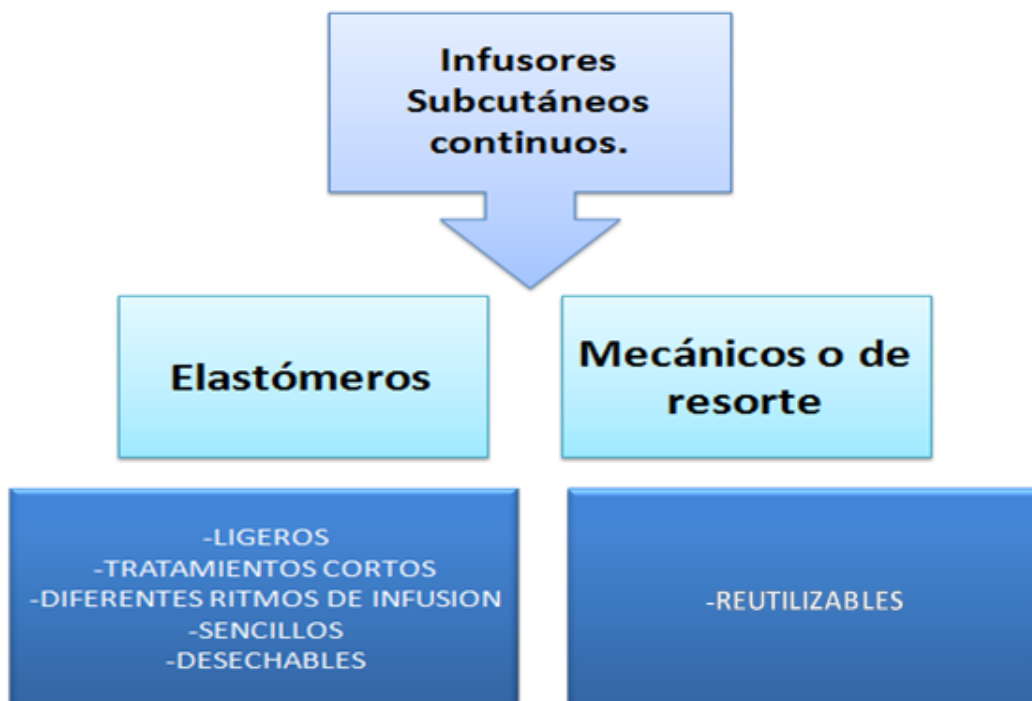


Anexo 18(22):

DIFERENCIAS ENTRE ADMINISTRACIÓN EN BOLOS E INFUSIÓN CONTINUA	
BOLOS	INFUSIÓN CONTINUA
Efecto discontinuo de los fármacos	Concentración del fármaco en plasma más uniforme
Sólo permite pequeños volúmenes	Permite volúmenes más grandes
Mejor efecto en el dolor agudo	Peor efecto en dolor agudo
Mayor número de manipulaciones	Evita manipulaciones
Menor coste	Coste elevado
Permite la confidencialidad	
No precisa de personal adiestrado	Posibilidad de mezclar diferentes fármacos
Mayor libertad y autonomía del paciente	Menor autonomía del paciente
	Mejor en tratamientos prolongados



Anexo 20: Fuente: Elaboración propia



Anexo 21 (22):

VI.1. Infusores Monouso o Elastoméricos

El más utilizado es el de tipo travenol. Son dispositivos desechables, ligeros y cómodos para el paciente. Permiten mezclar medicamentos. Los hay de alto (entre 240 y 275 ml) y bajo volumen (de 48 a 100 ml).

En general, constan de los siguientes elementos:

- 1.- Carcasa, que protege al reservorio y lleva impresa una escala, para el control del vaciado.
- 2.- Reductor de flujo o válvula: capilar de cristal de diámetro determinado al final del tubo de conexión. Debe estar en contacto con la piel ya que la temperatura de la misma influirá en la velocidad de infusión (por ese motivo hay que tener en cuenta la posible presencia de fiebre).
- 3.- Tubo de conexión, que une el reservorio con el conector tipo luer- lock.
- 4.- Reservorio: es el globo donde se introduce la medicación.

En el caso de usar fármacos fotosensibles (morfina, haloperidol y en general todas aquellas ampollas que vienen con cristal oscuro) es preciso protegerlos de la luz. Los hay para tratamientos de horas, días o de tiempo variable (con la posibilidad de cambiar de flujo a lo largo

de la infusión). En algunos modelos es posible administrar bolos adicionales de una cantidad predeterminada.

Para calcular el volumen total del infusor se seguirá la siguiente fórmula:

$$Vt \text{ (ml)} = \text{Flujo (ml/h)} \times 24h \times N^{\circ} \text{ días}^*$$

** Teniendo siempre en cuenta las instrucciones del fabricante respecto a volumen residual, el diluyente empleado, y los factores que pudieran afectar a la velocidad de infusión.*

Por norma general, el volumen de líquido calculado se conseguirá añadiendo suero fisiológico a la suma de la medicación pautada para el conjunto de los días de duración del infusor.

Anexo 22(17):

Fármacos más utilizados por vía SC en CP

Fármaco	Indicaciones	Presentaciones
Morfina	Dolor, disnea	Amp 1 ml 1% = 10 mg Amp 1 ml 2% = 20 mg Vial 20 ml 2% = 400 mg
Butilscopolamina	Estertores premortem, sialorrea, secreciones respiratorias, obstrucción intestinal	Amp 1ml = 20 mg
Midazolam	Convulsiones, sedación paliativa	Amp 3ml = 15 mg Amp 5 ml = 5 mg
Metoclopramida	Náuseas y vómitos	Amp 2ml = 10 mg Amp 20 ml =100 mg
Haloperidol	Náuseas y vómitos por opiodes, vómitos en la obstrucción intestinal, delirium	Amp 1ml = 5 mg
Levomepromazina	Ansiedad/agitación	Amp 1 ml = 25 mg
Dexametasona	Múltiples indicaciones en CP	Amp 1 ml = 4 mg Amp 5 ml = 40 mg
Ketorolaco	Dolor, fiebre	Amp 1 ml = 10 mg Amp 1 ml = 30 mg
Octreótido	Obstrucción intestinal	Amp 1 ml = 0,05 mg Amp 1 ml = 0,1 mg Vial 5 ml = 1 mg
Tramadol	Dolor	Amp 1 ml = 100 mg


Anexo 23(29):

¿Tienes dolor? ¿Cómo mindfulness y compassion puede ayudarte?

Cuando no nos detenemos a observar el dolor este puede sentirse como que nunca cambia y esta siempre presente. Al prestar atención observarás que no es así. Prueba con esta **meditación 3MA**: 3 minutos amables.



Anexo 24(24):



Respiración profunda:

1. Tiéndase en el suelo sobre la alfombra o sobre una manta, doble las rodillas y separe los pies unos 20cm, dirigiéndolos suavemente hacia fuera. Asegúrese de mantener la espalda recta.
2. Explore su cuerpo en busca de signos de tensión.
3. Coloque una mano sobre el abdomen y otra sobre el tórax.
4. Tome aire, lenta y profundamente, por la nariz y hágalo llegar hasta el abdomen levantando la mano que tenía colocada sobre él. El tórax se moverá sólo un poco y a la vez que el abdomen.
5. Inhale aire por la nariz y sáquelo por la boca haciendo un ruido suave y relajante, como el que hace el viento cuando sopla ligeramente. Con ello, su boca y su lengua se relajarán. Haga respiraciones largas lentas y profundas que eleven y desciendan el abdomen. Va relajándose más y más.
6. Continúe con *5 – 10 min de respiración profunda una o dos veces al día* durante unas cuantas semanas.
7. Una vez que se sienta familiarizado con la respiración abdominal, practíquela siempre que le apetezca tanto sentado como de pie. Concéntrese en el movimiento ascendente y descendente de su abdomen, en el aire que sale de los pulmones y en la sensación de relajación que la respiración profunda le proporciona.



Cuestionario Evaluación 2018-2019

Puntúe del 1 al 10 su satisfacción con los siguientes enunciados, siendo 1 "no estoy de acuerdo" y 10 "estoy totalmente de acuerdo"

1. El curso al que he asistido ha sido de ayuda para mi carrera profesional.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

2. La comunicación ha sido fácil con la coordinadora del curso.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

3. El curso ha estado por encima de mis expectativas.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

4. El material didáctico recibido era suficiente para el seguimiento de las sesiones correspondientes.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

5. La información recibida era información contrastada y verificada.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

6. La duración de cada sesión ha sido la adecuada

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

7. Las sesiones han sido a una velocidad adaptada a todos los participantes.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

8. Los coordinadores del curso han sabido responder a todas mis dudas en todo momento.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

9. La facilidad de seguimiento del curso ha hecho posible un aprendizaje continuo acerca de las sesiones recibidas.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

10. Recomendaría el curso a un compañero de nueva incorporación.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Título del curso al que he asistido:

.....
.....
.....

Duración del curso al que he asistido:

.....
.....
.....

Si lo desea, puede escribir aquí algún comentario acerca del curso recibido.

.....
.....
.....